

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

321

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JADWIGA LECONTE

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Montguyon (Charente-Inférieure) le 8 Octobre 1901

L'ÉTIOLOGIE

DU

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1929

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JADWIGA LECONTE

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Montguyon (Charente-Inférieure) le 8 Octobre 1901

L'ÉTIOLOGIE

DU

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LCÈPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALÉ	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgie.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.
ZIMMERB	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

A MA FILLE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

*qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. MILIAN

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

*avec toute ma gratitude pour le mer-
veilleux enseignement que j'ai trou-
vé, pendant trois années, dans son
service, et pour la bienveillance qu'il
m'a sans cesse témoignée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR LEJARS,

M. LE DOCTEUR FLORANT (*in memoriam*),

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉRI,

M. LE DOCTEUR LOÛSTE,

M. LE DOCTEUR DE MASSARY.

Avant-Propos

En 1860, Gibert distingua parmi les affections érythémato-squameuses une éruption qu'il nomma Pityriasis rosé. Après des années d'hésitation les dermatologistes acceptèrent ce nom et Brocq, qui découvrit l'évolution spéciale en deux temps du Pityriasis rosé, en fit une entité bien définie.

Malgré ses caractères cliniques si nets le pityriasis rosé n'a pu encore être rattaché à une cause certaine. De nombreuses hypothèses ont été proposées. Nous les exposerons toutes et c'est à la plus récente d'entre elles qui voudrait classer le pityriasis rosé parmi les streptococcies, que nous consacrerons cette étude.

Elle tend à confirmer les travaux entrepris par Périn dans le service du Docteur Milian, notre Maître, à qui nous devons l'idée de ce travail.

Nous l'en remercions vivement et l'assurons de notre profonde gratitude.

Définition du Pityriasis rosé de Gibert

Le pityriasis rosé de Gibert est une affection caractérisée par des taches érythémato-squameuses, à évolution cyclique, débutant par une plaque initiale, se généralisant ensuite sous forme de médaillons à caractères spéciaux et évoluant vers la guérison spontanée.

Un certain nombre de signes doivent donc être associés pour qu'on puisse poser le diagnostic de pityriasis rosé :

1° *Le début par une plaque initiale*, qui peut apparaître en n'importe quel point du tronc, du cou ou des membres; mais exceptionnellement à la face ou aux membres inférieurs. Elle est de taille variable, mais toujours plus grande que les médaillons qui la suivront. Souvent circonscrite, elle est bien limitée. Son contour est net, un peu surélevé, rose ou rouge. Son centre est de coloration jaunâtre et finement plissé. Vue isolément, avant l'éruption secondaire, cette plaque peut être confondue avec une trichophytie. Elle est rarement prurigineuse et passe inaperçue fréquemment.

2° *L'existence de médaillons caractéristiques*, presque toujours ovalaires, de toute taille, « roses et squameux sur

leurs bords qui sont légèrement surélevés, ils ont un centre jaunâtre où l'épiderme est finement plissé, un peu comme sur les vergetures ».

3° *L'évolution vers la guérison* dans un délai de quatre à huit semaines, normalement, mais qui, cependant, peut se prolonger deux et trois mois, ou, au contraire, ne durer que quelques jours.

Tel est le tableau symptomatique qui caractérise le pityriasis rosé. Nous n'avons eu en vue, dans ce travail, que des cas répondant aux conditions qui précèdent et réalisant donc la forme classique de cette affection.

Historique

Gibert, après avoir exposé l'origine parasitaire du Pityriasis versicolore et décrit le champignon qu'on trouve dans ses squames, dit : « on ne trouve rien de semblable à l'examen des taches rosées du Pityriasis. »

Et soixante-quatre ans plus tard, dans ses cliniques dermatologiques, Brocq pouvait écrire : « Quand on relève dans les divers auteurs les conditions étiologiques du Pityriasis rosé on ne trouve qu'une seule constatation importante : aucun de ceux qui ont recherché des champignons ou des microbes pathogènes n'en ont trouvé. Il nous faut en excepter le Docteur Du Bois, de Genève. »

Nous devons cependant signaler deux faits qui n'ont plus qu'un intérêt historique, deux théories qui ne survécurent pas à leurs auteurs : celle de Hebra et celle de Vidal.

Hebra, qui donna le nom d'herpes tonsurans maculosus à une affection en tous points semblable au Pityriasis rose trouva dans ces lésions un trichophyton. Dès cette époque sa découverte fut niée et tous les auteurs contemporains sont d'accord pour affirmer n'avoir jamais rien trouvé là qui ressemblât à un trichophyton.

Il s'agit vraisemblablement en pareil cas de trichophytie

généralisée, mais, à coup sûr, pas de pityriasis rosé authentique.

Sous un autre nom, Vidal décrivit, en 1870, un parasite spécial à certaines dermatoses erythémato-squameuses. Il s'agissait d'amas de spores sans mycelium; ces spores se trouvaient dans le pityriasis circinata et marginata, affection que Vidal distinguait du pityriasis rosé uniquement par la symétrie des lésions et la courte évolution que présente ce dernier. Vidal appela ce champignon microsporon anomoeon. Ici encore le tableau n'est pas caractéristique du pityriasis rosé et l'agent pathogène ne saurait être considéré comme spécifique de ce dernier.

En 1912, Du Bois, de Genève, crut avoir retrouvé le microsporon anomoeon. Sur trois malades, dont un était atteint de pityriasis rosé, le deuxième de pityriasis circiné de Vidal, et le troisième de parakératose à type de pityriasis rosé, cet auteur constata la présence d'un cryptogame qui, malgré quelques analogies, ne put être identifié avec le parasite décrit par Vidal.

Du Bois donna au nouveau parasite le nom de microsporon dispar. Voici sa description : « éléments sporulés, de grandeur variable, groupés en amas, sans filaments mycéliens, dans les orifices folliculaires et glandulaires. Il ne pousse sur aucun milieu habituel et n'est pas inoculable. »

Sabouraud vit ces préparations et affirma qu'il s'agissait bien de spores et d'une apparence très spéciale. Et, au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de langue française, en 1922, Du Bois lui-même reconnut que le microsporon dispar se rencontre dans les dermatoses erythé-

mato-squameuses du type Pityriasis rosé de Gibert; mais que le diagnostic clinique est difficile à établir entre les diverses formes de pityriasis généralisé.

A côté des dermatologistes qui, frappés par la lésion en médaillon du pityriasis rosé, voulurent lui trouver un cryptogame comme cause, d'autres auteurs s'orientèrent vers une tout autre voie.

Parmi eux, Le Damany, sur l'étude de dix cas, affirme la nature tuberculeuse du pityriasis rosé. Il veut démontrer que cette dermatose est le résultat d'une toxi-infection microbienne et que l'imprégnation de l'organisme est due au bacille de Koch ou plutôt à ses sécrétions.

Il s'appuie sur cinq arguments :

1° les récurrences, rares, mais possibles. Il cite deux observations personnelles.

2° la fréquence et l'importance des symptômes généraux qui accompagnent, précèdent ou suivent l'éruption : chez deux malades sur dix, le Damany a noté l'amaigrissement, la fatigue, la dépression.

3° la micropolyadénopathie, qu'il compare à celle de la tuberculose infantile : à la nuque, sous le maxillaire inférieur, aux régions carotidiennes, aux aisselles et aux aines

4° la coexistence du pityriasis rosé avec d'autres manifestations tuberculeuses, soit lésions ganglionnaires ou osseuses, soit tuberculides.

5° les réactions produites par la tuberculine chez deux malades. Mais le premier était atteint de maladie de Dupuy-

tren. Le deuxième, qui ne présentait aucune lésion tuberculeuse décelable, réagit fortement à une cuti. Une injection sous-cutanée de 1 milligramme de tuberculine produisit une poussée violente de température et une légère accentuation des lésions; une deuxième injection huit jours plus tard eut les mêmes suites et une troisième, au déclin de l'éruption, fut suivie de l'apparition de quelques médallions nouveaux.

Les arguments apportés par Le Damany sont loin d'avoir une valeur démonstrative. Ni les récidives, ni les symptômes généraux concomittants ne peuvent être considérés comme une preuve de la nature tuberculeuse du pityriasis rosé. La micropolyadénopathie n'est pas constante et peut s'expliquer, dans les cas où elle a été constatée, soit par une atteinte tuberculeuse antérieure sans relations avec le pityriasis rosé, soit par une infection ganglionnaire due à une autre cause que la tuberculose. Enfin il est bien évident qu'un sujet tuberculeux peut, comme tout autre sujet, présenter un pityriasis rosé sans qu'il y ait pour cela de rapport direct entre les deux affections, et le pityriasis rosé se développe bien plus souvent en dehors de toute manifestation apparente de tuberculose. Il se différencie au contraire des lésions tuberculeuses et par ses caractères cliniques qui n'ont vraiment rien à voir avec les lésions tuberculeuses habituelles de la peau, et par son évolution si spéciale.

Le Pityriasis rosé de Gibert

Maladie Infectieuse

Si, dans le chapitre précédent, nous avons exposé à côté de faits anciens des hypothèses récentes, c'est que ces dernières nous ont paru exprimer des opinions isolées.

Il en est tout autrement de la théorie infectieuse du pityriasis rosé, qui correspond à une tendance nette de très nombreux dermatologistes, et qui est née de la seule étude clinique de cette affection.

De nombreux travaux ont été publiés sur les causes occasionnelles et sur les circonstances qui semblent être nécessaires à l'apparition du pityriasis rosé de Gibert.

Les 22 observations de Moingeard, les 202 cas de Towle, les 119 cas de Szaboky, les 380 de Richard S. Weiss, les 60 de Mestchersky, les 27 de Perin ont montré la répétition de certains faits.

Le pityriasis rosé se voit surtout au printemps ou à l'automne (65 % des cas de Mestchersky) il est particulièrement fréquent chez la femme (66 % des cas de Towle) et se remarque entre 20 et 30 ans. Il est rare chez l'enfant : on en a signalé quelques cas (Bronson enfant 2 ans et demi, Allen 4 ans, Johnson 5 ans) et exceptionnel chez le vieillard.

Enfin, certains auteurs notent des prodromes légers, malaises avec fièvre discrète, céphalé, angine (50 % des cas de Szaboky, 75 % Mestchersky, par contre Towle n'en trouve pas).

Depuis Thibierge on a nié souvent les récides possibles du pityriasis rosé, on en relève cependant quelques cas : Darier a vu chez le même malade un pityriasis se reproduire à quatre ans d'intervalle. Pautrier en cite deux observations : une femme qui présente un pityriasis rosé deux ans après une première atteinte et un malade qui eut un pityriasis rosé deux ans également après une première éruption.

Richard S. Weiss, ainsi que Szaboky, cite une récide et Le Damany en a publié deux cas.

Quant à la contagiosité du pityriasis rosé, quoique faible, elle ne semble pas pouvoir être niée : Horand cite deux frères atteints presque simultanément; Radcliffe Crocker a signalé deux fois le pityriasis rosé chez deux malades de la même famille; Zeisler eut un pityriasis rosé quinze jours après sa femme; G.-H. Fox voit presque au même moment un pityriasis rosé chez la mère et l'enfant; Chevalier rapporte une épidémie de trois cas dans une maison de prostitution; Bory a été atteint de pityriasis rosé après qu'une série de malades présentant cette affection se soient déshabillés dans son laboratoire; Richard S. Weiss soigne deux mères qui contaminent chacune leur enfant; enfin Udo J. Wile constate, en Amérique, une petite épidémie chez des étudiants habitant la même maison.

De ces diverses remarques on peut tirer les conclusions suivantes : le pityriasis rosé apparaît avec une certaine prédilection aux deux saisons qui sont celles de toutes les maladies infectieuses : rougeole, coqueluche, oreillons, scarlatine, se voient surtout au printemps et en automne.

Le pityriasis rosé apparaît en série, ce qui, comme l'a fait justement remarquer Dubreuilh, indique une sorte d'épidimicité et cette épidimicité se confirme par des observations de cas survenus dans le même milieu et la même famille. Enfin l'affection évolue *de manière cyclique et ne présente en général pas de récurrence*.

Ces faits sont des arguments de poids pour la théorie de l'étiologie infectieuse du pityriasis rosé, théorie vers laquelle depuis 1880 de nombreux esprits se sont tournés. Fournier fut le premier peut-être à constater que le pityriasis rosé se rapproche plus d'une fièvre éruptive que d'une dermatose. Mais c'est à Brocq que vint, d'une façon précise, l'idée de rapprocher le pityriasis rosé d'une infection lorsque, en 1887, il découvre l'évolution en deux temps de cette éruption, plaque initiale presque toujours isolée puis, après quelques jours, éruption généralisée. Ce fait lui paraît si capital qu'une comparaison s'impose : chancre syphilitique et éruptions secondaires : « aux points inoculés se développent la ou les plaques primitives, puis après une période pendant laquelle se fait l'infection de l'organisme, survient l'éruption secondaire, laquelle peut être rapprochée soit des éruptions secondaires de la syphilis soit de celles des fièvres éruptives ».

Ainsi émises par Brocq ces données furent répétées dans tous les traités classiques : Hallopeau et Leredde, dans leur *Traité pratique de dermatologie*, soulignent la marche en deux temps du pityriasis rosé et concluent : « Il faut que l'agent infectieux subisse, au niveau de la plaque initiale une évolution pour se propager, au bout de quelques jours à la manière d'une fièvre éruptive ». Dans la *pratique dermatologique* Thibierge tire de l'évolution du pityriasis rosé un argument en faveur de son origine infectieuse.

Dubreuilh compare le pityriasis rosé aux exanthèmes aigus comme la rougeole, la varicelle et note, comme nous l'avons déjà cité, sa tendance à apparaître par séries, ce qui indique une sorte d'épidémicité.

Cependant après des années Brocq affirme à nouveau, en 1924 et en 1927, sa première hypothèse : « Pour nous la nature infectieuse du pityriasis rosé ne fait pas de doute ». Rappelant sa classification des dermatoses, il croit pouvoir placer le pityriasis rosé avec les affections « qui sont dues à un agent infectieux externe quelconque, qui a germé aux points touchés, a infecté ensuite l'économie et après l'avoir infectée a provoqué l'apparition d'une éruption secondaire au niveau de laquelle il n'est d'ailleurs pas certain que se trouve l'agent infectieux lui-même puisqu'il peut n'avoir agi que par ses toxines ».

Pour Brocq ce germe d'ailleurs inconnu est apporté par les puces et inoculé par leurs piqûres. La plaque primitive siégeant très souvent, sur les parties du corps en contact avec les vêtements et par conséquent plus exposées aux piqûres, Brocq croit voir dans ce fait une preuve de sa thèse. Récemment encore il a publié quatre nouveaux cas de pity-

riasis rosé dont la plaque initiale avait été précédée de piqures de puces.

Les puces ne sauraient être considérées comme la seule cause à incriminer. Nous trouvons en effet les observations suivantes :

Gougerot et Filiol examinent une femme de 39 ans chez laquelle le pityriasis rosé a débuté autour de pustules vaccinales : « On voit sur la face extérieure du bras gauche deux larges médaillons de pityriasis rosé, centré chacun par une croûte vaccinale et entourés d'une vingtaine de petits médaillons caractéristiques. Il en existe d'autres, plus petits, sur le tronc ».

Hissard a publié un cas de pityriasis rosé à plaque initiale au visage, consécutive à une piqure de guêpe.

Enfin, Milian a observé un pityriasis rosé après un panaris, survenu lui-même après une piqure à l'index gauche. Dix jours après le début du panaris apparut sur la face antérieure de l'avant-bras gauche une plaque rouge en médaillon qui, quelques jours plus tard, s'accompagna de deux autres lésions analogues. Ces trois plaques restent isolées pendant une semaine et dix-neuf jours après le début du panaris l'éruption se généralise, tout en restant plus confluyente au bras gauche.

Cette série d'observations est frappante, car dans les trois cas c'est au lieu même ou au voisinage immédiat d'un traumatisme cutané qu'apparaît la plaque primitive, seule pendant quelques jours, puis suivie d'une éruption généralisée. On a nettement l'impression d'assister à une inoculation avec chancre, suivie d'une période de latence, pendant laquelle s'infecte l'organisme.

Si la nature infectieuse du pityriasis rosé paraît depuis longtemps déjà admise, son agent pathogène est resté jusqu'à présent inconnu et c'est au cours de ces dernières années que Périn a soulevé pour la première fois l'hypothèse de sa nature streptococcique. Une telle opinion repose principalement sur le fait que :

1° *Le pityriasis rosé de Gibert a été observé par lui dans un assez grand nombre de cas à la suite de lésions manifestement streptococciques;*

2° *Les intra-dermo-réactions au vaccin streptococcique donnent à peu près constamment un résultat positif au cours du pityriasis rosé.*

Rappelons brièvement les arguments qui peuvent justifier cette manière de voir.

Le Pityriasis rosé de Gibert est-il Streptococcique

I. - Coexistence du pityriasis rosé et de lésions manifestement streptococciques.

On constate souvent, pour peu qu'on les recherche de parti pris, la coexistence de lésions streptococciques indubitables chez les malades qui présentent un pityriasis rosé de Gibert typique.

En examinant ces sujets on observe un impetigo furfuracé du visage, intertrigo retro-auriculaire, un impétigo bulleux, des lésions echymateuses, etc... On peut évidemment penser qu'il s'agit de simple coïncidence, les streptococcies étant en somme très fréquentes et il faut bien reconnaître aussi que le pityriasis rosé se développe en apparence primitivement dans de nombreux cas. Malgré tout il semble qu'il y ait là plus qu'une coexistence fortuite.

On tenta de donner des preuves à cette hypothèse et dans une première publication, en novembre 1927, Périn fit connaître le résultat de ses recherches sur sept malades.

Dans les squames de ces pityriasis rosés, Périn chercha le streptocoque par l'examen direct et par la culture en

bouillon-pipette d'après la méthode de Griffon-Balzer, préconisée par Sabouraud. Elle consiste à recueillir les squames dans l'effilure d'une pipette à demi-pleine de bouillon-sérum, on porte à l'étude à 39°. Après 20 heures on casse l'effilure de la pipette et on examine les premières gouttes recueillies, car c'est elles qui doivent contenir le streptocoque, anaérobie facultatif, alors que le staphylocoque aérobie exclusif, pousse dans les régions hautes de la pipette.

Par ce procédé, sur sept malades, Périn, trouva le streptocoque dans quatre cas. Or, dans deux des cas positifs, il n'existait aucune manifestation streptococcique apparente.

II. - Intra-dermo réactions au vaccin antistreptococcique.

Le résultat intéressant de ces premiers travaux engageait à faire de nouvelles recherches, orientées cette fois vers les réactions produites par le vaccin antistresptococcique en injection intra-dermique.

En 1916, Gougerot étudiait les dermo-épidermites de guerre et en montra l'origine infectieuse. Pour prouver le rôle pathogène du streptocoque et du staphylocoque, il pratiquait sur des scarifications des applications de pus, de sérosité ou de squames, provenant du malade ; or il obtint des réactions qui semblaient traduire la sensibilisation des téguments à ces germes.

C'est en se remémorant ses travaux que, en juillet 1928, Hudelo, Chêne et Sigwald étudièrent la valeur des intra-dermo réactions aux vaccins antistreptococcique et antista-

phylococcique, au cours des épidermites microbiennes eczématiformes. Sur 46 malades ils firent simultanément trois injections :

Une de sérum physiologique;

Une de vaccin antistreptococcique ;

Une de vaccin antistaphylococcique (1).

Voici leurs résultats :

1° Groupe de sept malades syphilitiques, les trois réactions négatives;

2° Groupe de neuf malades présentant de l'ecthyma, des folliculites, abcès tubéreux, les deux réactions de vaccin subpositives;

3° Groupe de dix malades porteurs d'eczéma typique, les trois réactions négatives;

4° Groupe de dix-sept malades ayant des dermo-épidermites microbiennes variées; les deux réactions de vaccin positives;

5° Groupe de trois malades :

a) Psoriasis, les trois réactions positives;

b) Ulcère gangréneux, puis infecté, les trois réactions d'abord négatives, ensuite les deux réactions au vaccin subpositives;

c) Abcès tubéreux, les trois réactions négatives.

Dans cette étude les auteurs ne tinrent compte que des réactions positives au deuxième jour et durant 48 heures au moins. Ils appelèrent subpositives celle dont la taille ne dépassait pas celle d'une pièce de 0,50 et positives celles qui atteignaient la dimension d'une pièce de cinq francs.

(1) Stocks-vaccins de l'Institut Pasteur.

Leur conclusion fut donc que les vaccins antistaphylococcique et antistreptococcique donnent des résultats positifs dans les infections cutanées dues à ces germes et que les réactions paraissent d'autant plus intenses que l'infection est plus marquée. « Ces réactions témoignent donc nettement de la participation microbienne dans l'évolution de l'éruption. »

Périn reprit ces travaux chez des sujets atteints de pityriasis rosé de Gilbert dont il publia 20 cas en novembre 1928 et nous fîmes subir la même épreuve à 14 malades.

TECHNIQUE

Sur ces 34 malades les injections intra-dermiques furent faites en série avec la technique suivante : quelques gouttes d'antivirus streptococcique (1) sont injectées dans le derme avec une aiguille très fine, de manière à produire une élévation blanchâtre de la dimension d'une pièce de 0,50 environ.

L'injection est considérée comme subpositive lorsque, après 24 ou 48 heures apparaît une zone légèrement rouge ou rose, uniformément teintée, non infiltrée et ne dépassant pas la taille d'une pièce de 0,50, réaction qui disparaît en deux à trois jours.

Elle est positive, lorsque, après le même délai on constate une zone franchement inflammatoire, bicolore, avec un centre rouge ou rouge vif de 0,50 à 1 franc entourée d'une

(1) Antivirus streptococcique des laboratoires de la Biothérapie, filtrat de bouillon de culture préparée avec 35 souches de streptocoques humains d'origine différente (streptococcémies, abc s, érysipèle) hémolytiques (2 souches) et non hémolytiques (15 souches).

surface rosée ou violacée, plus pâle, qui peut avoir la dimension d'une paume de main. Cette réaction en cocarde est légèrement infiltrée, non douloureuse et ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire.

Résultats

Sur les 34 malades, il y eut :

- 28 réactions positives;
- 4 réactions subpositives, dont l'une devint franchement positive à la deuxième injection;
- 1 réaction négative à la première injection puis subpositive à la deuxième;
- 1 négative.

RÉACTIONS DE CONTROLE

Au même moment des réactions de contrôle furent faites:

1° D'une part avec le même antivirüs streptococcique chez des sujets sains ou ayant une toute autre affection ;

- a) Chez 3 malades sains, réaction négative;
 - b) Chez 8 malades porteurs de chancres syphilitique ou mou non infectés, réaction négative ;
 - c) Chez 5 sujets atteints d'affections secondairement infectées, bubons chancrelleux ouverts, vulvite blennorrague eczématisée, etc., réaction subpositive;
 - d) Chez un malade ayant un ecthyma avec lymphangite d'une jambe, réaction positive;
- 2° Inversement chez des individus porteurs de pityriasis

rosé on fit des intradermo-réactions au vaccin antistaphylococcique. Sur quatre cas, deux réactions furent négatives et les deux autres légèrement subpositives.

RÉFLEXIONS

En lisant les observations des deux premières séries de malades atteints de pityriasis rosé et auxquels des intradermo réactions au vaccin antistreptococcique furent faites en séries, diverses réflexions viennent à l'esprit.

L'intradermo-réaction varie avec l'évolution du pityriasis rosé. C'est pendant la période d'état, à la floraison la plus abondante de l'éruption que la réaction est surtout marquée; elle croît à mesure que les médaillons se développent. Parfois, subpositives seulement aux premiers jour des lésions, elle devient ensuite réellement positive.

Lorsqu'on pratique ainsi ces injections intra-dermiques en séries chez le même malade on constate qu'il n'y a aucune accoutumance au vaccin. Tant que l'éruption est importante la réaction est positive, mais du jour où elle commence à s'effacer la réaction s'atténue, puis disparaît. Nous ne savons cependant pas combien de temps après la guérison du pityriasis rosé la réaction devient négative : parmi les cas de Périn elle est nulle huit jours après la guérison du malade chez l'un, trois semaines après chez l'autre.

Enfin on est frappé de ce fait : aux formes florides, intenses du pityriasis rosé correspond une réaction fortement positive alors que dans les formes atténuées, discrètes, on observe une réaction subpositive.

L'intradermo-réaction de vaccin antistreptococcique modifie parfois l'éruption. Si le malade n'acquiert aucune accoutumance aux injections intradermiques de vaccin, on note par contre, dans certains cas des modifications apportées à l'éruption par ces injections.

Dans cinq cas l'éruption, dès la première intra-dermo-réaction est nettement atténuée, la guérison est très rapide. Dans quatre cas le prurit est très diminué ; dans deux cas au contraire, il est exacerbé pendant 24 heures, phénomène comparable à la réaction d'Heixheimer.

Parmi nos observations personnelles nous avons noté quatre cas dans lesquels l'éruption a nettement pâli au lendemain de l'injection et deux dans lesquels le prurit a presque disparu, et enfin un cas dans lequel 24 heures après l'injection tous les médaillons devinrent nettement plus rouges pour reprendre en une journée leur teinte rose première, résultats tout à fait du même ordre que les cas précédents qu'ils confirment.

CONCLUSIONS

De ces différentes réflexions on arrive aux conclusions suivantes : Puisque sur 34 malades, 31 intra-dermo-réactions au vaccin antistreptococcique furent positives d'emblée, puisque, pratiquées en séries elles évoluent avec le pityriasis, intenses lorsqu'il est intense, frustes lorsqu'il est fruste, puisque parfois elles modifient un de ses symptômes ou son évolution même il semble que ces faits plaident pour l'origine streptococcique du pityriasis rosé, infection dont le germe sans doute inoculé dans l'organisme par la pre-

mière plaque passe ensuite dans le sang et produit par voie interne l'éruption seconde.

CRITIQUES

Cette conclusion basée sur les recherches de Périn eut immédiatement des contradicteurs. Brocq lui objecta le rôle des puces qui sont, pour lui, les parasites responsables.

Mais il n'y a pas en réalité contradiction entre les deux hypothèses et le streptocoque qui se trouve fréquemment sur la peau normale (1) peut profiter de toute lésion pour infecter l'organisme, aussi bien de la piqûre d'une puce que de celle de tout autre parasite ou même d'un simple scarificateur.

D'autres auteurs ont reproché à Périn de ne pas trouver le streptocoque dans le sang de ses malades ; mais l'hémoculture est rarement positive chez des sujets apyrétiques et d'autre part elle est négative dans la scarlatine elle-même. A ce propos remarquons également que jamais le streptocoque n'a été trouvé dans l'érythème scarlatin ; le fait qu'il est absent du sang et des médaillons du pityriasis rosé n'est donc pas un argument contre l'origine streptococcique de cette affection.

Le seul argument réellement important contre les conclusions de Périn a été émis par Jausion : il rappelle qu'un grand nombre d'individus sont à un moment quelconque de leur vie, des streptococciques et ayant acquis, par ce

(1) Photinos.

fait, une allergie plus ou moins ancienne; allergie qui peut être ravivée par une infection sans aucun rapport avec les pyocoques et se traduire par la réaction à l'injection intradermique de vaccin. Aussi Jausion reconnaît-il à Périn seulement le droit « d'affirmer un rapport entre le pityriasis rosé et l'antigène streptococcique ».

Il est certain que les arguments exposés plus haut constituent une présomption en faveur de la nature streptococcique du Pityriasis rosé mais qu'ils n'en apportent pas la preuve à proprement parler. Pour qu'il y ait preuves véritables il faudrait :

1° Que les hémocultures au cours du pityriasis rosé décèlent la présence du streptocoque;

2° Que les inoculations expérimentales de cultures streptococciques déterminent l'apparition du pityriasis rosé.

Ces deux conditions n'ont pas été obtenues jusqu'à présent. Cependant l'hypothèse de la nature streptococcique reste des plus plausibles et mérite réellement d'être prise en considération dans la pathogénie d'une affection dont jusqu'à présent nous ignorons la nature réelle.

Nous avons donné plus haut la définition du pityriasis rosé tel que l'entendent les classiques et tel qu'il a été envisagé par nous au cours de ce travail. Mais, et Périn a insisté lui-même sur ce point, les limites du pityriasis rosé ne sont pas toujours aussi nettes et il est impossible dans de nombreux cas de déterminer s'il s'agit de Pityriasis Rosé véritable ou de telle dermatose érythémato-squameuse morphologiquement voisine. La plaque initiale peut man-

quer, les médaillons n'être pas caractéristiques, l'évolution traîner en longueur, des récidives apparaître. Le pityriasis rosé présente comme toute affection des formes atypiques, et celles-ci le relient insensiblement au groupe des éruptions érythémato-squameuses telles que les parakératoses infectieuses, les eczématides, les séborrhéides, etc... dont la nature streptococcique paraît aujourd'hui démontrée.

Il y a précisément là, un argument de plus pour admettre que le pityriasis rosé reconnaît une étiologie identique, et que pityriasis rosé, parakératoses streptococciques, eczématides, séborrhéides, etc., appartiennent en réalité à un même groupe nosologique justifiant le terme de streptococcides qui a été appliqué à certaines d'entre elles.

Observations

publiées par M. Lucien Périn

OBSERVATION 1

Mlle M. M..., 14 ans, vient consulter, le 30 juillet 1928, pour un pityriasis rosé de Gibert typique. Grandes médaillons généralisés au tronc et aux membres datant de deux jours. Médaillon initial au bras droit douze jours avant. Une intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique est pratiquée le 30 juillet à la face externe du bras droit. Le 31 juillet, résultat positif (+ +) : zone rouge vif de la dimension d'une pièce de 50 centimes entourée d'un halo violacé sur l'étendue d'une pièce de 5 francs. Le 2 août, la zone rouge persiste, mais le halo violacé a presque complètement disparu. Le 9 août, il ne persiste plus qu'une macule brunâtre de la surface d'une pièce de 50 centimes. L'éruption elle-même est déjà en voie de décroissance.

La mère ne présente aucune éruption. Une intra-dermo-réaction analogue est faite pour contrôle. Le résultat est entièrement négatif.

OBSERVATION 2

M. H. F..., 23 ans, coiffeur, vient consulter le 4 août 1928, pour un pityriasis rosé à petits médaillons disséminés sur le thorax et les bras, datant d'une dizaine de jours. L'éruption a

été précédée de diarrhée. Le 4 août, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique positive (+ +) : zone rouge vif, des dimensions d'une pièce de 50 centimes, entourée d'une zone violacée des dimensions d'une pièce de 5 francs. Le malade revient que le 28 août, c'est-à-dire après plus de trois semaines. Les médaillons sont atténués, mais n'ont pas complètement disparu. Une deuxième intra-dermo-réaction est pratiquée au bras droit, à 10 centimètres environ au-dessous de la première. Le 1^{er} septembre, la deuxième intra-dermo-réaction donne un résultat plus fortement positif que la première (+ + +) : zone rouge vif d'une pièce de 1 franc, entourée d'une zone rouge violacée des dimensions d'une petite paume de mains. Le 13 septembre, la guérison est complète. Il persiste deux macules pigmentées à l'endroit des deux intra-dermo-réactions. Troisième intra-dermo-réaction au bras gauche, dont le résultat est identique à la deuxième.

OBSERVATION 3

Mlle R. G..., âgée de 9 ans, se présente, le 7 août 1928, avec un pityriasis rosé à larges médaillons prédominant sur le thorax et la racine des bras, âgé de huit jours. Plaque initiale sur la partie latérale gauche du thorax la veille de l'éruption. Le 7 août 1928, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la face externe du bras droit. Le même jour, intra-dermo-réaction de vaccin staphylococcique à la face externe du bras gauche.

Le 9 août, réaction franchement positive (+ +) au bras droit : zone rouge, lenticulaire, entourée d'une zone violacée de 2 francs. Au bras gauche, réaction négative.

OBSERVATION 4

Mme M. D..., 32 ans, vient consulter, le 7 août 1928, pour un pityriasis rosé discret du tronc datant de huit jours. Impétigo furfuracé du visage datant de plusieurs semaines.

Le 7 août, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la face externe du bras droit, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la face externe du bras gauche.

Le 9 août, le pityriasis rosé s'est accentué. Il existe, dans l'aisselle gauche, des médaillons caractéristiques d'apparition récente. L'intra-dermo-réaction du bras gauche (vaccin staphylococcique) n'a donné qu'une teinte rose à peine marquée, de la surface d'une lentille. L'intra-dermo-réaction du bras droit (vaccin streptococcique) a donné un résultat nettement positif : zone rouge inflammatoire de 50 centimes, entourée d'une zone violacée livide de 5 francs.

Le 21 août, l'éruption est en voie de décroissance. Les cultures en bouillon pipette, pratiquées le 9 août : 1° avec les squames des médaillons; 2° avec les squames furfuracées du visage, ont montré, dans les deux cas, la présence du streptocoque.

OBSERVATION 5

Mme J. S..., 33 ans, vient consulter, le 21 août 1928, pour un pityriasis rosé âgé de deux mois. Grandes médaillons prédominant sur le thorax, l'abdomen et la région lombaire. Prurit intense, surtout nocturne. Plaque initiale dans la région sous-mammaire gauche. Le 21 août, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la face externe du bras droit. Le 23 août, l'intra-dermo-réaction est nettement positive (+ +) : zone rouge lenticulaire au centre, zone violacée d'une pièce de 5 francs à la périphérie. L'éruption est stationnaire, mais la malade accuse une diminution marquée du prurit. Le 30 août,

L'éruption est en voie de guérison. L'intra-dérmo-réaction se réduit à une teinte érythémateuse discrète sur une étendue de 2 francs. Une deuxième intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique est pratiquée au bras droit, à 10 centimètres environ au-dessous de la première. Le 1^{er} septembre, cette deuxième intra-dermo-réaction se montre plus fortement positive que la première, le centre étant cette fois le siège d'un soulèvement bulleux de la dimension d'une lentille, qui repose sur une cocarde bicolore ayant la surface d'une petite paume de mains. L'éruption continue à décroître. Le prurit a disparu. Le 13 septembre, il ne reste plus trace de l'éruption, ni de la première intra-dermo-réaction. Il persiste, au niveau de la deuxième intra-dermo-réaction, une zone lenticulaire rosée, entourée d'un léger halo violacé sur une surface de 1 franc.

OBSERVATION 6

M. F..., 38 ans, vient consulter, le 21 août 1928, pour un pityriasis rosé datant de dix jours. Les médaillons prédominent sur la face externe des bras et sur les flancs où ils sont disposés parallèlement aux plis de la peau. Prurit modéré, surtout nocturne. Le 21 août, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit. Le 23 août, réaction positive : zone rouge lenticulaire entourée d'une zone violacée de 5 francs.

OBSERVATION 7

Mine M. G..., 33 ans, vient consulter, le 21 août 1928, pour un pityriasis rosé à petits médaillons du tronc et de l'abdomen, datant de quinze jours, très prurigineux. Quelques vésicules eczématisées disséminées dans l'intervalle des médaillons. Les médaillons et les vésicules prédominent dans la ré-

gion lombaire et rappellent les localisations de la pédiculose, mais on ne trouve nulle part trace de parasites. Le 21 août intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit. Le 23 août, intra-dermo positive : lentille rosée au centre entourée d'une zone violacée de la dimension d'une pièce de 5 francs.

Le 30 août, l'éruption a nettement diminué d'intensité ; les médaillons sont en voie de disparition, les vésicules sont affaissées. L'intra-dermo-réaction se réduit à une teinte érythémateuse discrète à peine visible, sur une étendue de 2 francs. Une deuxième intra-dermo-réaction identique est pratiquée au bras droit, à 8 centimètres au-dessous de la première. Le 31 août, forte réaction au niveau de la deuxième intra-dermo-réaction : rougeur inflammatoire diffuse sur l'étendue d'une petite paume de main avec bordure violacée de 1 à 2 centimètres de largeur sur toute la périphérie. Le 1^{er} septembre, la réaction atteint les dimensions d'une grande paume de main et déborde largement sur la face antérieure du bras, en conservant sa disposition en cocarde. Reprise légère de l'éruption. Pas de modification locale au niveau de la première intra-dermo-réaction. Le 6 septembre, l'éruption a complètement disparu. Une troisième intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique est pratiquée sur la face externe du bras gauche. Le 7 septembre, réaction fortement positive, identique à la deuxième et occupant la surface d'une paume de main. Pas de reprise de l'éruption.

OBSERVATION 8

M. M. G..., 26 ans, vient consulter, le 3 août 1928, pour un pityriasis rosé généralisé, à médaillons variant des dimensions d'une pièce de 1 franc à une pièce de 2 francs, datant d'une douzaine de jours. Médaillon initial à l'épaule droite. Prurit intermittent. Le 23 août, intra-dermo-réaction de vac-

cin streptococcique à la face externe du bras droit. Le 24 août, réaction positive : zone rouge sur la surface d'une pièce de 50 centimes, entourée d'une zone violacée sur la surface d'une pièce de 2 francs. Le 25 août, la réaction s'est accentuée et la zone périphérique s'étend sur la surface d'une pièce de 5 francs. Le 6 septembre, l'éruption est en décroissance. Deuxième intra-dermo-réaction identique à la face externe du bras gauche. Le 7 septembre, intra-dermo-réaction positive : zone érythémato-lenticulaire au centre, zone violacée d'une pièce de 5 francs à la périphérie.

Le malade revient le 29 décembre avec une peau normale, une intra-dermo-réaction est négative.

OBSERVATION 9

Mme L. P..., 23 ans, vient consulter, le 30 août 1928, pour un pityriasis rosé discret datant de quatre jours. Plaque initiale sur l'abdomen. Le 30 août, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à l'épaule droite. Le 1^{er} septembre, réaction faiblement positive (+) : zone érythémateuse diffuse sur l'étendue d'une pièce de 1 franc, sans cocarde. Le 6 septembre, extension de l'éruption, dont les médaillons occupent maintenant toute l'étendue du thorax. Une deuxième intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique est pratiquée à la face externe du bras droit. Le 8 septembre, la deuxième intra-dermo-réaction est franchement positive (+ +) : zone rouge vif d'une pièce de 50 centimes au centre, zone rosée d'une pièce de 5 francs à la périphérie. L'éruption est à peu près stationnaire.

OBSERVATION 10

Mlle J. G..., 29 ans, se présente, le 11 septembre 1928, avec un pityriasis rosé discret datant de quinze jours. Plaque ini-

tiale à l'abdomen. Pas de prurit. Le 11 septembre, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit. Intra-dermo-réaction de vaccin staphylococcique à la partie supérieure du bras gauche. Intra-dermo-réaction de vaccin mixte strepto-staphylococcique à la partie inférieure du bras gauche. Le 13 septembre, réaction positive (+ +) au bras droit (vaccin streptococcique) : zone rouge centrale de 50 centimes, zone violacée périphérique de 5 francs. Réaction négative (0) à la partie supérieure du bras gauche (vaccin staphylococcique). Réaction subpositive (+) à la partie inférieure du bras gauche (vaccin mixte strepto-staphylococcique) : zone rosée des dimensions d'une lentille.

OBSERVATION 11

M. B..., 18 ans, vient consulter, le 11 septembre 1928, pour un pityriasis rosé datant de 15 jours. L'éruption a été précédée, il y a deux mois environ, de dysidrose, qui persiste encore lorsque le malade se présente. Plaque initiale il y a trois semaines à l'épaule gauche. Des médaillons caractéristiques, mais peu nombreux, siègent sur le tronc, l'abdomen et la racine des membres, ainsi que sur la partie interne du poignet droit et sur la face antérieure du poignet gauche. Prurit marqué, surtout la nuit.

Le 11 septembre, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la face externe du bras droit. Le 13 septembre, réaction positive : zone érythémateuse centrale de 50 centimes, zone violacée périphérique de 2 francs. L'éruption est nettement atténuée. Le malade dit également que le prurit a diminué. Le 4 octobre, l'éruption a disparu, et la guérison, au dire du malade, daterait d'une huitaine de jours. Une deuxième intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la face externe du bras gauche se montre entièrement négative.

OBSERVATION 12

Mlle J. J..., 20 ans, vient consulter, le 11 septembre 1928, pour un pityriasis rosé datant de douze jours. Impétigo furfuracé du visage datant de trois semaines. Prurit assez intense. Le 11 septembre, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la partie supérieure du bras gauche. Intra-dermo-réaction de vaccin mixte streptostaphylococcique à la partie inférieure du bras gauche. Le 13 septembre, réaction positive (+ +) au bras droit (vaccin streptococcique) : zone lenticulaire rouge entourée d'un halo violacé de 5 francs. Réaction négative (0) à la partie supérieure du bras gauche (vaccin staphylococcique). Réaction subpositive (+) à la partie inférieure du bras gauche (vaccin mixte strepto-staphylococcique) : zone érythémateuse lenticulaire sans cocarde.

OBSERVATION 13

Mlle S. A..., 29 ans, se présente, le 2 octobre 1928, avec un pityriasis rosé datant de quinze jours. Intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit. Le 4 octobre, réaction positive : zone rouge de la surface d'un haricot, entourée d'une zone violacée d'une petite paume de main.

OBSERVATION 14

Mlle H. D..., 26 ans, se présente, le 2 octobre, avec un pityriasis rosé fruste datant de quinze jours. Plaque initiale à la cuisse gauche. L'éruption est très discrète. Cependant, il existe quelques médaillons caractéristiques sur le thorax et la face interne de la cuisse droite. Le 2 octobre, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la face externe du bras droit. Le 4 octobre, réaction faiblement positive, rougeur diffuse sur la

surface d'une pièce de 50 centimes, sans cocarde. Le 9 octobre, l'éruption est à peu près stationnaire, avec peut-être une légère tendance à l'atténuation. Une deuxième intra-dermo-réaction identique est pratiquée à la face externe du bras gauche. Le 11 octobre, réaction faiblement positive, identique à la première.

OBSERVATION 15

Mme C. C..., 51 ans, vient consulter, le 2 octobre 1928, pour un pityriasis rosé généralisé datant de dix jours. Plaque initiale il y a quinze jours à la cuisse gauche. Eruption confluyente de médaillons présentant un plissé central caractéristique, ayant une forme arrondie ou ovalaire, siégeant sur le thorax, l'abdomen, la région sacrée et la racine des membres. Sur la région sacrée, dans toute sa largeur, l'éruption prend le type de médaillons confluentes qui, au lieu du plissé central, présentent une pellicule blanchâtre adhérente analogue à celle des parakératoses psoriasiformes. Le grattage de ces éléments donne la tache de bougie, pellicule intermédiaire, et la rosée sanglante du psoriasis. Prurit intense. Aucune trace de psoriasis sur les genoux, les coudes ou le cuir chevelu. Placard d'eczéma vésiculeux du poignet gauche remontant à trois mois. Furoncle de la grande lèvre contemporaine de la plaque initiale.

Le 2 octobre, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique à la face externe du bras droit. Le 4 octobre, réaction positive (++) : zone rouge de 50 centimes, entourée d'une zone violacée de 5 francs. Le 9 octobre, l'éruption est nettement atténuée sans traitement local. Les médaillons de la région sacrée sont le siège d'une fine desquamation furfuracée. Une deuxième intra-dermo-réaction identique est pratiquée à la face exetrne du bras gauche. Le 11 octobre, réaction fortement positive, *nettement plus marquée que la première* : zone rouge

vif de 50 centimes, entourée d'une zone violacée débordant sur la face antérieure du bras et atteignant les dimensions d'une paume de main.

OBSERVATION 16

M. G. B..., 26 ans, se présente, le 9 octobre 1928, avec un pityriasis rosé à petits éléments siégeant sur le thorax et les membres, datant d'une semaine. Plaque initiale à la cuisse droite, ayant précédé de deux ou trois jours la généralisation de l'éruption. Pityriasis stéatoïde du cuir chevelu. Le 9 octobre, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit. Le 11 octobre, réaction positive (+ +) : zone rouge vif ovulaire, des dimensions d'un haricot, entourée d'une zone violacée de 5 francs.

OBSERVATION 17

M. L. D..., 48 ans, vient consulter, le 1^{er} juillet 1928, pour un pityriasis rosé généralisé au tronc, à l'abdomen et à la racine des membres, datant d'un mois. Plaque initiale au thorax huit jours avant la rationalisation de l'éruption. Prurit intense à maximum nocturne. L'éruption est attribuée par le malade à des piqûres de punaises qu'il aurait présentées vers la même époque. Il est traité, en ville, pour tuberculose pulmonaire, depuis plusieurs mois. Une radioscopie faite à Tenon a confirmé l'infiltration du tiers supérieur des deux poumons. L'expectoration ne montre pas, actuellement, de bacilles de Koch. Etat général médiocre. Le prurit nocturne accentué encore la dépression du malade.

Le 30 juillet, l'éruption et le prurit sont stationnaires, sans aucune tendance à l'amélioration depuis deux mois. Une intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique est pratiquée à la face externe du bras droit.

Le 1^{er} août, réaction *négative*.

Le 10 août, l'éruption, qui, jusque-là, était demeurée stationnaire, a pris une extension considérable, et les médaillons se sont développés au point de réaliser une véritable érythrodermie généralisée aux parties latérales des flancs et aux cuisses. Le prurit est insupportable. Une deuxième intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique est pratiquée à la face externe du bras droit.

Le 12 août, réaction *positive* (+ +) : zone rosée d'une pièce de 50 centimes, entourée d'une zone violacée livide de 2 francs.

Le malade ne revient que le 21 août. L'éruption et le prurit sont fortement atténués, et le malade nous dit que l'amélioration date de la dernière intra-dermo-réaction. Par contre sont survenus, dans les deux aisselles, des abcès tubéreux. Une troisième intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique est pratiquée à l'épaule droite. Le 23 août, réaction plus nettement positive que la précédente : zone rouge de 1 franc, entourée d'une zone violacée de 5 francs.

Le 6 septembre, il ne reste plus trace de l'éruption, ni des abcès tubéreux. Une quatrième intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit donne une zone rose violacée de la surface d'une pièce de 5 francs. Une cinquième intra-dermo-réaction, pratiquée le 27 septembre, donne encore un résultat légèrement positif (+) : zone rosée de 50 centimes environ. Une sixième intra-dermo-réaction, pratiquée le 11 octobre, donne un résultat complètement négatif (0).

OBSERVATION 18

Mme L.-L. B..., 35 ans, vient consulter, le 22 octobre 1928, pour un pityriasis rosé généralisé datant d'une quinzaine de jours. Plaque initiale à la face externe du bras gauche. Prurit marqué, surtout nocturne. Le 30 octobre, le prurit est tellement intense qu'il empêche le sommeil. Le même jour, intra-

dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit. Le 2 novembre, résultat positif (+ +) : zone érythémateuse de 50 centimes, entourée d'une zone violacée de 5 francs. L'éruption est stationnaire. Par contre, le prurit a nettement diminué depuis le jour même de l'injection. La malade a bien dormi la nuit suivante, pour la première fois depuis huit jours.

Le 15 novembre, l'éruption a presque disparu. Une I. R. au bras gauche est subpositive. Le 18 décembre, I. R. bras droit est négative.

OBSERVATION 19

M. B. L..., 19 ans, coiffeur, vient consulter, le 6 novembre 1928, pour un pityriasis rosé datant de douze jours. Plaque initiale sur la face latérale droite du cou. Petits médaillons disséminés sur le thorax, l'abdomen et la face interne des deux bras. Prurit marqué. Le 6 novembre, intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit. Le 8 novembre, résultat positif (+ +) : zone rouge vif de 50 centimes, entourée d'une zone violacée livide de 2 francs. L'éruption et le prurit sont nettement atténués.

Le 15 novembre, l'éruption a presque complètement disparu. Pas de prurit.

OBSERVATION 20

Mlle R. G..., 30 ans, vient consulter, le 6 novembre 1928, pour un pityriasis rosé datant de trois semaines. Plaque initiale dans la région lombaire gauche deux jours avant la généralisation de l'éruption. Nombreux médaillons de la surface d'une pièce de 50 centimes, généralisés au tronc et aux membres supérieurs. Quelques vésicules disséminées excoriées par le grattage dans l'intervalle des médaillons. Prurit marqué.

Intra-dermo-réaction de vaccin streptococcique au bras droit, le 6 septembre. Le 8 novembre, résultat positif (+ +) : zone rouge vif de 50 centimes entourée d'une zone violacée de 2 francs.

Le 20 novembre, I. R. bras droit, subpositive.

Le 18 décembre, l'éruption a disparu; une I. R. est subpositive.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

I

M. Maurice, 20 ans, bourrelier, vient consulter pour une éruption datant du 28 novembre, ayant commencée par deux plaques roses, légèrement prurigineuses, sur la face latérale du cou. Six jours plus tard de nombreux autres éléments apparaissent.

Le 6 décembre 1928, on constate au cou deux médaillons très pâles, déjà en voie de disparition. Sur la poitrine il y a de très nombreux éléments, assez petits, un centimètre de long, sur un demi de large. Roses à leur bord ils sont jaunâtres et finement plissés au centre. Mêmes médaillons à l'abdomen. Le prurit est léger, mais existe. Rien aux membres supérieurs et inférieurs, rien à la face.

Antécédents nuls.

I. R. au bras droit — très positive — le malade dit que son prurit a presque disparu et l'éruption a pâli.

Le 15 décembre 1928, I. R. au bras droit positive.

Le 29 décembre 1928 l'éruption a complètement disparu et une nouvelle I. R. est négative.

F. Juliette, 17 ans, sertisseuse, vient consulter pour une éruption datant du 12 novembre, par deux taches roses à l'épigastre. Cinq jours plus tard apparaissent d'autres taches.

Le 20 novembre 1928 on voit à la région épigastrique deux larges médaillons, à bord rouge, à centre rosé, finement plissé; ils ont 3 centimètres de long sur un demi de large.

Sur l'abdomen et le dos de nombreux autres médaillons plus petits. Entre eux quelques papules disséminées, de la grosseur d'une tête d'épingle.

Le prurit est très marqué; la malade se réveille la nuit pour se gratter; on voit du reste des stries de grattage.

Antécédents : rougeole et coqueluche dans la première enfance. Régée à 15 ans, très irrégulièrement.

I. R. bras droit, positive; l'éruption a pâli et le prurit a nettement diminué; la malade a dormi.

Le 27 novembre 1928, I. R. bras gauche, subpositive.

Le 11 décembre 1928, I. R. bras droit, subpositive, l'éruption est en voie d'effacement.

III

C. Marie, bonnetière, 31 ans, vient consulter pour une éruption datant du 18 octobre 1928 et ayant débuté à l'aîne gauche, 5 ou 6 jours plus tard d'autres taches apparurent.

Le 6 novembre on constate à l'aîne gauche une plaque ovale, de 3 centimètres sur un demi environ, à bords très rouges, à centre jaune et plissé. A l'abdomen, sur le thorax, dans le dos il y a d'innombrables médaillons typiques de pityriasis rosé plus petits que la plaque initiale.

On remarque de nombreuses excoriations dues au grattage.

Rien au cou, mais à la face impétigo furfuracé.

Antécédents : furonculose en 1927.

Blennorragie.

I. R. bras droit, très positive et provoque une recrudescence du prurit.

Le 12 novembre, I. R. bras droit, très positive.

IV

L. Hortense, 47 ans, gardienne d'usine, vient consulter pour une éruption ayant débuté le 15 octobre 1928 par deux taches au-dessus du sein droit ; elle les badigeonne avec de la teinture d'iode, le lendemain, les plaques ont rougi très fortement. Une huitaine de jours plus tard apparaissent d'autres plaques.

Le 6 novembre 1928, au-dessus du sein droit, on voit deux vastes médaillons, plus grands qu'une pièce de 5 francs, à centre jaune, nettement plissé, ce plissé s'accentuant vers leur bord. Le contour est très net, rose pâle, à peine surélevé. Autour de ces deux plaques, sur l'abdomen, on voit de nombreux médaillons, un peu moins grands que les précédents, mais de même aspect.

Rien aux membres supérieurs et inférieurs.

Rien à la face.

Pas de prurit.

Antécédents : très bien portante.

Deux fausses couches, il y a vingt ans.

Pas d'enfant vivant.

I. R. bras droit, positive.

15 décembre 1928 : I. R. bras gauche subpositive.

V

A.... Germaine, 24 ans, dactylographe. Le 4 décembre 1928, vient consulter pour une éruption datant des premiers jours

de novembre. Cette éruption a débuté par une plaque à la région presternale, six ou huit jours plus tard, généralisation. On constate sur la poitrine, l'abdomen, le dos, à la face de flexion des membres supérieurs, des médaillons ovalaires de deux centimètres de long environ. Leur centre est à peine coloré, rosâtre et plissé. A la région presternale, une plaque presque effacée qui, d'après la malade, serait la première apparue. Rien aux membres inférieurs, ni à la face.

Pas de prurit.

Une I. R. au bras droit : subpositive.

Le 9 décembre 1928, I. R. au bras gauche : positive.

Le 18 décembre 1928, I. R. au bras droit : subpositive.

Le 8 janvier 1929, I. R. bras droit : subpositive.

Le 7 mars 1929, I. R. bras droit : subpositive.

7 mars 1929, I. R. bras droit : négative.

Antécédents : Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Pas de scarlatine. Bien portante.

VI

Cont. Andrée, 30 ans, le 3 décembre 1928, vient consulter pour une éruption datant des derniers jours de novembre ; a commencé dans le dos, et quatre jours après, s'est généralisée. On constate sur le thorax, l'abdomen, le dos, des médaillons typiques de pityriasis rosé. Rien à la face, ni aux membres supérieurs et inférieurs.

Le prurit est très marqué.

Antécédents : furonculose en 1926 avec mauvais état général

Nouvelle poussée en août 1928.

I. R. bras droit : positive.

Le 11 décembre 1928, I. R. bras gauche : subpositive.

Le 18 décembre 1928, I. R. bras droit : négative. Grosse amélioration, l'éruption est à peine visible.

VII

Ber. Antoine, employé de magasin, 38 ans, vient consulter, le 4 décembre 1928, pour une éruption datant des premiers jours de décembre. A la face externe de la cuisse, on voit une plaque ovale de trois centimètres de long, sur un demi de large, érythémateuse à sa périphérie, dont le centre est finement squameux. A son bord, quelques papules excoriées. Sur le reste du corps : cuisses, abdomen, thorax, dos il y a de nombreux médaillons plus petits, dont le bord est rouge et le centre plissé. De place en place, on note des excoriations de grattage, mais le malade dit cependant que le prurit est très léger.

Antécédents : abcès dans l'enfance ayant laissé de nombreuses cicatrices. Aucune maladie infectieuse ; actuellement très bien portant. Marié, un enfant bien portant.

I. R. bras droit : très fortement positive.

11 décembre 1928, I. R. bras gauche : très positive.

Le malade n'est jamais revenu.

VIII

Gof. Raymonde, chapelière, 30 ans, le 15 octobre 1928, la malade constate à la région lombaire gauche une plaque de la grandeur d'une pièce de 2 francs, très prurigineuse. Lorsque la malade se gratte, cette plaque devient « farineuse ». Huit jours après, la malade est réglée et à ce moment apparaissent deux nouvelles taches au cou, puis, en une journée, l'éruption se constitue telle qu'elle se présente actuellement. On constate à la région dorsale inférieure gauche la plaque initiale, inclinée en bas et à gauche ; elle a quatre centimètres de long, deux de large. Son bord est surélevé, rosé ; le centre est très finement plissé ; au bord inférieur, il y a une excoriation de grattage. Sur le thorax, dans le dos et particulière-

ment à l'épaule gauche, de nombreux éléments de la taille d'une pièce de 0 fr. 50 environ, à contours rosés, à centre jaunâtre et plissé. Entre les médaillons, on constate quelques papules excoriées.

Quelques médaillons à la face antérieure des bras. Rien à leur face postérieure, ni aux avant-bras, rien au membres inférieurs.

Antécédents : scarlatine, rougeole, coqueluche dans la première enfance. Bien portante. A un enfant normal et bien portant.

I. R. bras droit : positive.

11 décembre 1928, I. R. bras gauche : positive.

IX

Ho... Florent, 30 ans, employé d'usine, vient consulter, le 20 novembre 1928, pour une éruption vieille d'un mois. Ça début s'est fait par une vaste plaque, à la partie moyenne de la face externe du bras droit ; cinq ou six jours plus tard apparurent de nombreux autres éléments plus petits. Actuellement, la plaque initiale est nettement bicolore, jaune au centre, sa périphérie est rose, presque rouge. Son bord est surélevé. Autour de cette plaque, sur le thorax, dans le dos, les cuisses, on voit de nombreux médaillons ovalaires de un centimètre de long sur à peine un demi de large.

Ils sont tous semblables : bord rosé, centre jaunâtre plissé.

Rien au cou, ni à la face. Quelques éléments disséminés aux jambes.

Pas de prurit.

Antécédents : pas de scarlatine. Aucune maladie infectieuse.

Syphilis en 1920. Actuellement, la réaction de Wassermann est négative.

I. R. bras gauche positive.

Le 4 décembre 1928, I. R. bras droit : positive ; l'éruption a disparu, sauf quelques médaillons à la cuisse gauche.

Le 15 janvier 1929, l'éruption a disparu.

I. R. bras gauche : subpositive.

X

V... Madeleine, 20 ans, femme de chambre, vient consulter pour une éruption datant du 4 octobre 1928. Ayant débuté au flanc gauche, par deux plaques très prurigineuses « s'écaillant » au grattage ; cinq jours plus tard, de nouveaux éléments apparaissent dans le dos. Le 8 novembre, on constate au flanc gauche deux plaques de la grandeur d'une pièce de deux francs environ, à contour rouge surélevé, à centre très finement squameux. Sur l'abdomen, le thorax, dans le dos existent de nombreux petits médaillons typiques de pityriasis rosé : bord rose, centre jaune, plissé.

Rien aux membres inférieurs, ni supérieurs. Dans le sillon rétro-auriculaire droit : croûtes d'impétigo. Sur le visage, autour de la bouche surtout, impétigo furfuracé.

Antécédents : Rougeole, oreillons dans l'enfance. Pas de scarlatine.

Bien portante actuellement.

I. R. bras droit : positive. La malade dit que vers trois heures, le jour de l'inoculation, les médaillons ont nettement rougi, et sont restés plus rouges pendant vingt-quatre heures.

Le 15 novembre 1928, au bras droit, la première I. R. est encore visible sous l'aspect d'une petite lentille violacée. L'éruption a pâli.

I. R. bras gauche : positive, mais sans modification de l'éruption.

Le 18 décembre 1928, l'éruption a presque disparu.

I. R. bras droit : positive.

31 janvier 1929, l'éruption a disparu.

I. R. bras droit : très faiblement positive.

XI

D... Georges, 17 ans, électricien, vient consulter, le 27 novembre 1928, pour une éruption ayant débuté le 19 ou le 20 octobre, par la cuisse droite, puis s'étant accentuée cinq à six jours plus tard. Actuellement, on constate sur cette cuisse une plaque ovale de deux centimètres de long sur un de large, à bords rouges à centre rosé. Sur l'abdomen, le thorax, le dos on voit des placards assez grands très roses à leurs bords et jaunâtres à leur centre.

Pas de lésion des membres supérieurs et inférieurs.

Rien à la face.

Aucun prurit.

Antécédents : le malade dit avoir toujours été bien portant.

I. R. bras gauche : très positive, l'éruption a nettement pâli.

4 décembre 1928 : la plaque initiale est encore visible ; le reste de l'éruption est presque effacé.

I. R. bras droit : positive.

XII

Bei... Jenny, lingère, 21 ans, vient consulter pour une éruption datant du 17 ou 18 novembre 1928. A débuté par une seule plaque à la région scapulaire gauche, puis une huitaine de jours plus tard, apparition de nouveaux éléments sans prurit et sans signes généraux.

Le 27 novembre, on constate, à la région scapulaire gauche, un médaillon ovale, absolument typique : il a trois centimètres de long, un de large ; son centre est jaunâtre, très finement plissé, son bord est rouge, un peu surélevé.

Sur le thorax, l'abdomen, le dos et la face antérieure du cou, il y a des éléments beaucoup plus petits, mais d'aspect exactement semblable. Il n'y a rien au membres supérieurs et inférieurs et rien à la face.

Antécédents : pas de scarlatine, rougeole dans la première enfance.

En 1925, syphilis traitée régulièrement à l'hôpital Saint-Louis.

I. R. bras gauche.

29 novembre 1928, la réaction est positive et a provoqué l'apparition d'un léger prurit.

11 décembre 1928, l'éruption ne s'est pas modifiée, le prurit a disparu.

I. R. bras droit : positive.

XIII

M... Jeanne, 39 ans, couturière, vient consulter pour une éruption ayant débuté le 2 novembre 1928 à la région presternale, par deux plaques non prurigineuses. Quelques jours plus tard, de nouvelles plaques parurent sur le thorax et l'abdomen.

Le 13 novembre 1928, on constate sur le thorax, l'abdomen et le dos de très nombreux médaillons, dont les dimensions varient de celles d'une pièce de 2 francs à une pièce de 0 fr. 50. Ils sont rosés au centre et finement plissés. Leur bord est plus rouge. Entre ces médaillons, on voit de nombreuses petites papules de la dimension d'une tête d'épingle. Rien aux membres supérieurs et inférieurs, rien au visage.

Antécédents : rougeole dans l'enfance ; pas de scarlatine ; pas d'enfant, pas de fausse couche,

I. R. au bras droit : positive.

27 novembre 1928, I. R. au bras gauche : positive.

XIV

D... Georges, 28 ans, mécanicien, vient consulter pour une éruption ayant débuté dans la première quinzaine d'octobre par une tache à la face interne du bras droit ; elle reste seule jusqu'à la première semaine de novembre.

Le 13 novembre 1928, on note à la face interne du bras droit une large médaille, quatre centimètres sur deux, à périphérie rose, légèrement squameuse, à centre très pâle, finement plissé. Autour de ce gros élément, on voit de nombreux médaillons, mais beaucoup plus petits, ainsi que sur le thorax, l'abdomen et le dos.

Pas de prurit.

Antécédents : très bon état général, pas de scarlatine.

I. R. bras droit : très positive. L'éruption a pâli.

11 décembre 1928, I. R. bras gauche : positive.

7 janvier 1929, I. R. bras droit : négative. L'éruption n'est plus visible.

Conclusions

1° De nombreuses observations ont montré :

D'une part, la similitude entre le pityriasis rosé et certaines séborrhéides microbiennes ;

D'autre part, la coexistence fréquente du pityriasis rosé et de lésions streptococciques.

2° A la suite de ces observations, des recherches ont été faites dans le service de notre maître, M. Milian, pour tenter de prouver l'origine streptococcique du pityriasis rosé :

a) *par l'examen direct et la culture des squames*, recherches qui ne donnèrent que des résultats inconstants ;

b) *par des intra-dermo réactions à l'antivirus streptococcique*, qui furent toujours positives dans cette affection.

3° Sans vouloir faire de cette épreuve un test indiscutable, nous pensons qu'elle apporte un argument important en faveur de l'origine streptococcique du pityriasis rosé de Gibert.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- BAZIN. — *Affections cutanées arthritiques et dartreuses*, édition 1868, ch. IV, p. 200.
- BENEDEK. — *Dermatologische Wochenschrift*, 21 avril 1928, p. 536.
- BESREDKA. — *Etudes sur l'immunité dans les maladies infectieuses*. — Masson, 1928.
- BROCQ. — *Cliniques dermatologiques* : édition 1924, p. 548 ; édition 1927, p. 446. — *Bulletin Médical*, 22 avril 1925.
- CHAPARD. — *Thèse*, Paris, 1885.
- CHEVALLIER. — *Une petite épidémie de P. R.* — *Société dermat.*, Paris, 14 mai 1925.
- CIVATTE. — *Traité de pathol. médical et de thérap. appliquée*, de *Sergent*, tome XXI, p. 88.
- COVISA. — *Actas dermo-sifilograficas*, mai 1912.
- CROCKER. — *Diseases of the skin*, Londres, 1888.
- DARIER. — *Précis de dermatologie*, Paris, 1928.
- DU BOIS. — Parasite crypt. des dermatoses erythematoseuse du type P. R. de G. — *Annales dermatologie*, 1912, p. 32. — Congrès de dermat. et syphiligraphie de langue française, juin 1922.
- DUBREUILH. — *Précis de dermatologie*, Bordeaux, 1909.
- DUHRING. — *Traité théor. et prat. des mal. de la peau* (trad. Barthelemy et Colson).
- JAUSION, LENEGRE ET VENDEL. — Rôle de la sensibilisation dans les eczemas et sa preuve thérapeutique. — *Société Dermat.*, février 1928.

- FOX GEORGES H. — *Journal of the american medical association*, août 1912.
- GIBERT. — *Traité pratique des mal. de la peau*, édit. 1860, tome I.
- GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle. — *Revue de Médecine*, 1916. — Les dermo-épidermites de guerre.
- GOUGEROT ET FILLIOL. — P. R. débutant autour de pustules vaccinales. — *Société dermat.*, Paris, 9 décembre 1926.
- HALLOPEAU ET LEREDDE. — *Traité prat. de dermat.*, Paris, 1900.
- HARDY. — *Traité prat. et descriptif des mal. de la peau*, édit. 1886.
- HILAIRET ET GAUCHER. — *Traité théor. et prat. des mal. de la peau*, édition 1885.
- HISSARD. — P. R. à plaque initiale au visage consécutif à une piqure de guêpe. — *Société dermat.*, Paris, 10 février 1927.
- HUDELO, CHÈNE ET SIGWALD. — Intra-dermo-réaction aux vaccins antistaphylo et antistreptococciques au cours des épidermites microbiennes eczématiformes. — *Société dermatologie*, 12 juillet 1928.
- HYDE. — *A practical treatise on diseases of the skin*.
- JACQUET. — *Bulletin de la Société clinique*, 1886.
- KLAUBER. — *Journal of the American Medical Association*, 19 janvier 1924.
- LASSAR. — *Société berlin. dermat.*, 1892.
- LE DAMANY. — Le P.R. de G. est une tuberculide. — *Presse Médicale*, 1919.
- MARCOZZI. — *Archivo italiano di dermat. sifilog et venereol.*, tome III, avril 1928.
- MESTCCHERSKY. — Contribution à l'étiologie du P. rosé. — *Société dermat.*, Paris, 11 février 1926.
- METTON. — *Thèse*, Paris, 1877.
- MILIAN. — P. R. de G. consécutif à un panaris. — *Revue française dermat. et vénéréol.*, mais 1928.

- Maladie cyclique trisymptomatique probablement infectieuse. — *Revue française dermat. et vénéréol.*, septembre-octobre 1928.
- MILIAN ET PÉRIN. — Teigne amiantarée, impetigo retro-auriculaire et séborrhéides. — *Société dermat.*, 13 janvier 1927.
- MOINGEARD. — *Thèse*, Paris, 1889.
- NICOLAS. — *Thèse*, Paris, 1880.
- ORO ET MOSCA. — *Commentario clinico della malattia cutanea e genito-urinaria*, 1895.
- PAUTRIER. — *Bulletin Société dermat.*, nov. 1927.
- PÉRIN. — Impetigo streptococcique et P. R. de G. — *Société dermat.*, Paris, novembre 1927.
- Intra-dermo-réactions streptococciques dans le P. R. de G.
— *Société dermat.* Paris, novembre 1928.
- SABOURAUD. — *Pyodermites et eczémas*, Masson 1928.
- SZABOKY. — Beitrag zur Aetiologie der Pityriasis rosea. — *Monatshefte für. Prak. Dermat.*, t. XLII.
- THIBIERGE. — *Pratique dermatologique*, Paris, 1902.
- TOWLE. — *Journal of cutaneous diseases*, avril 1904.
- VIDAL. — Le microsporion anomœon. — *Société de biologie*, 1879.
- RICHARD S. WEISS, CLINTON W. LANE ET WINFRED, A. SHORVMANN. — 380 cas de P. R. — *Archives of Dermatology and Syphilology*, avril 1927.
- UDO J. WILE. — *Archives of Dermatology and Syphilology*, août 1927.
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
